

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1917-1918. — N° 21

LES

MUTILATIONS VOLONTAIRES

PAR COUP DE FEU

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 avril 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre ROUX

Né le 8 juin 1891, à Brioude (Haute-Loire).

Aide-major au 2^e Tirailleur,

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1918

LES

MUTILATIONS VOLONTAIRES

PAR COUP DE FEU

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
X. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale.		LÉPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne.		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		X...
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		X...
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	BONNAMOUR, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. LÉPINE, *Président*; VALLAS, *Assesseur*;
MM. ETIENNE MARTIN, *Professeur*, et BONNAMOUR, *Agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1917-1918. — N° 21

LES

MUTILATIONS VOLONTAIRES

PAR COUP DE FEU

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 avril 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre ROUX

Né le 8 juin 1891, à Brioude (Haute-Loire),

Aide-major au 2^e Tirailleur,

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1918

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon amour filial.

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand,
de l'Ecole du Service de Santé militaire
de la Faculté de Lyon.

A MES CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

A MONSIEUR LE MÉDECIN AIDE-MAJOR MAZEL

Qui nous a inspiré le sujet de notre
thèse, et qui, toujours avec une inlas-
sable bienveillance nous a accueillis.

Qu'il trouve ici l'expression de mon
entière gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LÉPINE

Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de notre
thèse.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

LECLERC

Agrégé de la Faculté de Lille,
Médecin-chef d'un Centre Médico-légal.

Pour l'intérêt qu'il nous a porté.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL CHAVIGNY

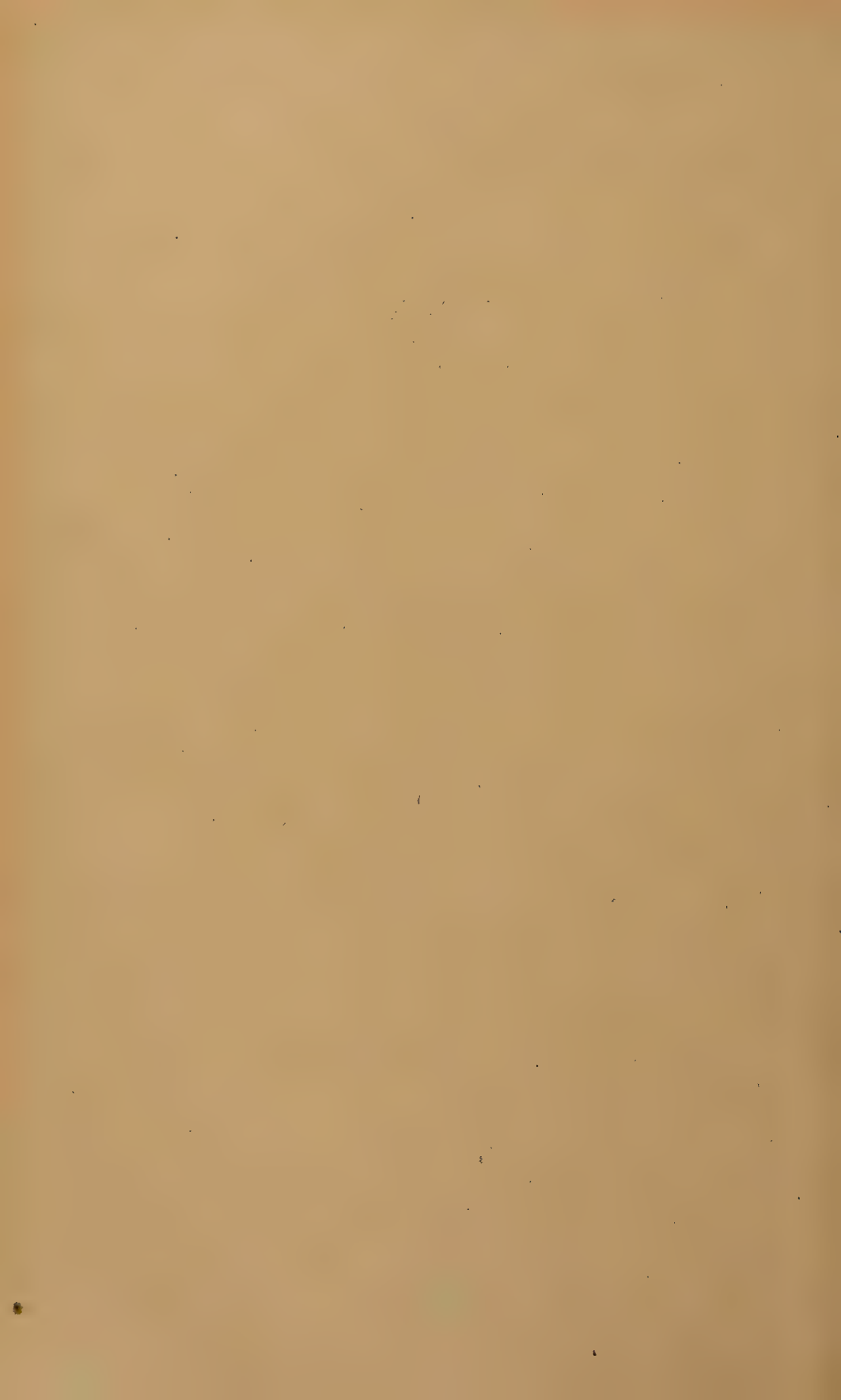
PRÉFACE

C'est en des heures troublées que nous avons écrit ce travail, sous l'instigation de M. le D^r MAZEL. Un séjour de trois années, comme aide-major dans un bataillon d'infanterie, nous a permis d'observer quelques cas de mutilations volontaires par coup de feu et notre attention a été attirée sur les difficultés que soulève cette question au point de vue médico-légal.

Entraînés par les hasards de la guerre loin du pays de France, nous avons mis à écrire les quelques chapitres qui suivent, le plus de soins possible. Néanmoins, nous demandons au lecteur de nous accorder toute son indulgence.

Enfin, nous tenons à fixer le nom de quelques amis d'Ecole ou amis de la guerre, dont les bons sentiments à notre égard ne se sont jamais démentis. Que MM. le commandant GEISY, les D^{rs} LAFOND, DE LA MARNIERRE, POULIN, SLANKA, VICHERAT trouvent ici, une fois de plus, l'expression bien sincère de toute notre amitié.

Palestine, juillet-août 1917.



LES

MUTILATIONS VOLONTAIRES

PAR COUP DE FEU

INTRODUCTION

Les faits prouvent que dans toutes les guerres, il y a des soldats qui, pour se soustraire aux obligations militaires, se mutilent. Autrefois, au temps de l'Empire, les soldats s'arrachaient les dents incisives, se mettant ainsi dans l'impossibilité de déchirer la cartouche, ou bien se sectionnaient un ou plusieurs doigts, devenant inaptes à manier le fusil. Aujourd'hui, les soldats se mutilent par les moyens qui sont à leur disposition, c'est-à-dire au moyen des armes de guerre : fusil, revolver.

Une guerre comme celle que nous faisons, où l'immobilisation des troupes est la règle, une guerre qui dure, est particulièrement favorable à l'éclosion de cas de mutilation volontaire. Pendant les périodes calmes de la guerre, où la vie de tranchée devient

fastidieuse en ramenant chaque jour les mêmes fatigues et les mêmes dangers, un soldat, d'esprit faible, de volonté infirme, ignorant le but à atteindre vers lequel doivent sans cesse tendre nos efforts et notre ténacité, se laissera aller à une dépression psychique certaine, peu à peu et à son insu. Si, par malheur, son entourage est de mentalité défectueuse, presque à coup sûr il sera entraîné à commettre sur lui-même un acte regrettable, par lequel il essaiera de se soustraire aux misères nombreuses et déprimantes qui accablent le soldat combattant. Ce sont des cas rares, isolés, disons-le tout de suite : en général ce sont des mutilations machinées. Au contraire, pendant une période d'offensive de grande envergure ou même partielle, les mutilations volontaires se manifestent plus volontiers. Elles traduisent chez le soldat une dépression psychique, dont le facteur principal est l'excès de fatigue physique. Ajoutons-y ce fait, qu'actuellement, les tirs d'artillerie : tirs de préparation d'attaque, tirs de barrage, atteignent une intensité telle, soutenue parfois pendant de longues heures (pilonnage), qu'il faut avoir un système nerveux bien équilibré pour réagir sur soi-même, garder son sang-froid et une volonté ferme pour ne pas être tenté d'oublier son devoir. Imaginez alors, au milieu du fracas de la bataille, livrés à eux-mêmes, des individus anormaux : névrosés (alcooliques), psychiques (mélancoliques, déséquilibrés, etc.), qui, s'ils n'ont pas une idée nette de leurs obligations morales, ont tout au moins la perception exacte du danger qui les menace, et vous pourrez vous faire une idée de ce

qu'est la mentalité de ce soldat qui se mutilé. D'autant plus que, dans son jugement étroit, le coupable se figurera pouvoir passer plus facilement inaperçu au milieu du nombre quelquefois grand des blessés légers qui refluent vers l'arrière.

La nécessité s'impose donc dans tous les cas, de pratiquer un examen de l'état mental et psychique de l'inculpé; nous reviendrons sur ce point important, non pas que la constatation d'un état nerveux pathologique puisse, dans tous les cas, excuser l'acte, mais parce qu'elle pourra être parfois une circonstance atténuante.

D'autre part, les mutilations volontaires peuvent prendre un caractère contagieux indubitable, qui explique l'éclosion de petites épidémies, de foyers de mutilations volontaires qui ont pu se multiplier, évoluant sur le terrain favorable de la débilité mentale. D'où l'autre nécessité qui s'impose d'une répression urgente et énergique. Dans l'intérêt général, il faut des exemples qui intimident.

Le jugement des inculpés pour mutilation volontaire repose sur deux éléments : l'un est l'expertise médicale, l'autre est l'enquête sur les circonstances du fait. Cette expertise, dans la réalité, se heurte parfois à des difficultés de tous ordres qu'il est bon de connaître. Nous nous efforcerons, au Chapitre traitant des conditions de l'expertise, d'en fixer les principales règles.

Le Chapitre premier traite de quelques généralités sur les moyens employés pour les mutilations volon-

taires et la façon dont ces moyens ont été utilisés. Nous sommes amenés ensuite à étudier dans le Chapitre II les caractères des lésions par armes à feu de guerre. Au Chapitre III, il est parlé des conditions de l'expertise médico-légale militaire. Suivent au Chapitre IV quelques observations suivies de considérations générales qui composent le Chapitre V.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

Pour se mutiler, le soldat se servira des différents modèles d'armes à feu de guerre qui sont à sa disposition. Ce sont : le fusil de guerre français modèle 1886 ; il est le plus fréquemment employé ; le fusil de guerre allemand, employé dans de rares cas ; puis viennent les différents modèles de revolvers : modèle 1874, modèle 1892 et les nombreux modèles genre Browning, pistolets automatiques, etc., dont l'usage se répand de plus en plus dans les corps de troupes (armes des grenadiers, des brancardiers, des soldats qui font un coup de main sur les tranchées ennemies). Les fusils de chasse, dont quelques exemplaires se trouvent dans les tranchées, pourront aussi être employés.

De quelle façon ces moyens sont-ils utilisés ? Généralement l'homme se *mutile seul*. C'est un fait d'observation. Ce sera le plus souvent la nuit, pendant sa faction, quand il est à peu près isolé : un coup de feu passe si facilement inaperçu dans la nuit ! Se mutilant seul, les parties atteintes seront celles qui sont le plus facilement accessibles, comme les extré-

mités : main, pied. Dans les cas de mutilation de la main, le côté le plus souvent atteint sera le côté gauche, l'acte de mutilation étant plus aisé quand l'homme est droitier. Pour raison d'analogie, le soldat gaucher se mutilera de préférence à droite : d'où l'intérêt pour l'expert de rechercher si l'homme est droitier ou gaucher. Par ordre de fréquence, les parties atteintes sont la main, et dans la main les doigts d'abord, puis la paume. L'avant-bras et le bras sont plus rarement lésés. Ce sont alors des sétons, des parties molles, parfois des plaies tangentielles. Les blessures des autres parties du corps ne sont que des exceptions : on a cité des plaies du thorax par coup de revolver.

Les parties atteintes, et ceci est important au point de vue de l'expertise, le sont directement à travers un tissu : drap de capote ou de pantalon ou à travers du cuir : mutilation siégeant au pied.

Les mutilations dont nous venons de parler pourraient être dites typiques, car il existe certains cas de mutilation atypiques. Ce sont :

Les mutilations à deux. — Elles sont exceptionnelles. Elles ont pu être observées chez des gens de déplorable mentalité, anciens disciplinaires. Ce sont des mutilations par coup de feu tirés de plus ou moins grande distance ou bien des mutilations avec truquage, qui rentrent alors dans la catégorie suivante :

Les mutilations machinées. — Elles

offrent de grosses difficultés à l'expert qui rarement pourra arriver à poser des conclusions fermes; l'inculpé prétend s'être blessé par maladresse en nettoyant son fusil, en courant, en sautant, etc. Ou bien il interposera entre le membre et l'extrémité de l'arme, un linge mouillé, destiné à faire disparaître les traces de tatouages (fait signalé par une note du G. Q. G. du 21 juin 1915), ou bien un bidon, ou encore, chose curieuse, une boule de pain mouillé. Si, par ces procédés, le tatouage est supprimé, les effets explosifs n'en persistent pas moins et sont d'un grand secours pour l'expertise, de même que la discordance existant entre les déclarations de l'inculpé et le caractère des lésions constatées.

Les mutilations provoquées. — Ici, l'expertise devient inutile, la discipline seule intervient. Elles sont le fait de soldats qui, volontairement, élèvent leur main au-dessus du parapet ou l'exposent derrière un créneau réputé « repéré » par l'ennemi, ou bien encore, comme il nous a été donné de le constater, au cours d'un exercice avec les grenades Viven-Bessières (V. B.), pendant une action vive, de soldats qui laissent leur doigt sur la grenade, placée dans un tromblon à l'extrémité du fusil : cette grenade est amorcée par le passage de la balle et lancée par les gaz de la déflagration.

D'une manière générale, ces mutilations atypiques auront une double particularité :

1° Elles seront suffisantes pour rendre nécessaire l'évacuation du malade, but qu'il a cherché, elles

seront en somme d'une gravité faible *quoad vitam* : ce seront surtout des amputations de doigts, des plaies perforantes de la paume de la main, ou des parties molles si la blessure affecte un segment de membre.

2° Ce sont surtout des blessures qui présentent les caractères communs des blessures par armes à feu, tirées à courte distance ou à bout touchant.

Il y a donc lieu d'étudier les caractères de ces blessures à bout touchant et à courte distance ou, d'une manière générale, les caractères des blessures par armes à feu de guerre, ce chapitre fournissant des éléments indispensables pour le diagnostic différentiel, lui-même base de l'expertise.

Mais une remarque préalable s'impose : une blessure par coup de feu à courte distance ne sera pas nécessairement une mutilation volontaire. Elle pourra être accidentelle, une maladresse en nettoyant le fusil, dans une chute, dans un corps-à-corps ; souvent, dans les conditions de rapprochement des combattants, dans la guerre actuelle, des coups de feu sont tirés à courte distance, voire même à bout portant. Un médecin non prévenu pourra suspecter le blessé de mutilation volontaire. Dans l'histoire, nous trouvons, au temps du premier Empire, l'exemple célèbre du chirurgien Larrey, qui, par un examen soigneux et une enquête approfondie, prouva à l'Empereur qu'un nombre important de soldats, sur lesquels pesait l'accusation grave de mutilation volontaire avaient été, en fait, blessés par les tireurs placés derrière eux. A titre curieux, nous reproduisons, en fin d'ouvrage, cette anecdote du *Mémorial de Sainte-Hélène*. Un autre

exemple plus récent, cité par Chavigny, vaut la peine d'être rapporté. « Après Uskub, dit-il, les officiers serbes, voyant arriver aux évacuations une majorité d'hommes atteints de lésions des membres supérieurs (26 pour 100), crurent à des mutilations volontaires et voulaient faire passer ces blessés au Conseil de guerre. On ne fut pas, d'ailleurs, sans bientôt se rendre compte que cette réunion insolite de blessés des bras et des mains, s'expliquait par ce que, aux premiers trains d'évacuation, se rassemblaient spontanément les seuls blessés légers qui avaient pu quitter le champ de bataille par leurs propres moyens, c'est-à-dire sur leurs jambes. De ce fait, étaient réservés pour les trains suivants tous les blessés du thorax, de l'abdomen, des jambes et les blessés graves de la tête. » (Tiré des *Leçons sanitaires de la guerre des Balkans*, par M. le professeur Weiss).

CHAPITRE II

CARACTÈRES DES LÉSIONS PAR ARMES A FEU DE GUERRE

Les caractères des lésions par armes à feu de guerre sont variables suivant que la lésion a été produite à bout touchant, à courte distance ou à grande distance. Il importe de définir ces termes généraux.

On dit que le coup de feu est tiré à *bout touchant*, lorsque l'ouverture du canon de l'arme est au contact même de la peau. On dit que le coup a été tiré à *courte distance* ou encore à bout portant, suivant l'appellation de certains auteurs, lorsque la distance qui sépare le tégment du bout du canon va de quelques millimètres à 50 centimètres. Quand cette distance est supérieure à 50 centimètres, ce sont des lésions produites par coup de feu tiré à *grande distance*.

Ces définitions sont toutes schématiques, car, suivant le modèle des armes employées, les limites de la courte distance peuvent varier assez sensiblement.

La tâche du médecin expert, commis à examiner une blessure suspecte, est de faire un diagnostic de distance qui lui permette de classer la blessure dans

une des trois catégories : à bout touchant, à courte ou à grande distance. Pour ce faire, il lui faudra posséder des données précises, des caractères bien déterminés pour chaque catégorie; eux seuls seront la base de ce diagnostic. Nous allons tâcher de les exposer.

I. LÉSIONS PRODUITES A BOUT TOUCHANT

Ces lésions diffèrent suivant qu'elles sont produites sur des téguments protégés ou non par des vêtements. Il est de toute évidence qu'une mutilation portant sur le pied ou sur un avant-bras sera totalement modifiée par la présence du cuir de la chaussure ou du drap de la capote. D'autre part, les blessures par balle de fusil de guerre modèle 1886 différeront sensiblement de celles produites par une balle de revolver. Tous ces caractères différentiels doivent être connus.

A. Fusil de guerre 1886 (F. Lebel).

a) Lésions sur les téguments non protégés.

— Deux signes nets et constants caractérisent les lésions par coup de feu à bout touchant sur les téguments nus : ce sont l'éclatement des tissus et le tatouage.

1° ECLATEMENT. — L'éclatement est produit par les gaz d'explosion dont l'action est violente, d'où l'origine des gros délabrements observés. Cet éclatement est absolument indépendant de l'action du projectile. Il n'en faut pour preuve que l'absence de toute lésion de ce genre dans les coups de feu où les gaz ont

toute liberté d'expansion, et, d'autre part, la présence de lésions nettes d'éclatement dans les coups de feu à blanc. Les dégâts produits par le fusil de guerre sur les téguments sont considérables étant donné la grosse charge de poudre et la puissance de l'arme. De plus, la résistance de la peau n'est pas un facteur négligeable : cette résistance est d'autant plus grande que le recul devant les gaz est plus limité par la présence d'un plan osseux sous-jacent. Sous l'action des gaz, la peau se déchire, éclate sur plusieurs centimètres d'étendue, 4 à 5 en moyenne. Après avoir déchiré la peau, les gaz pénètrent violemment entre celle-ci et les plans sous-jacents résistants : arrêtés, les gaz font éclater la peau, d'où cet aspect de déchirure étoilée qu'offre la plaie. A l'éclatement s'ajoute le tatouage.

2° TATOUAGE. — Il faut entendre par tatouage l'ensemble des stigmates laissés par la déflagration de la poudre sur les téguments, stigmates qui sont : un liséré noir, un dépôt de matières pulvérulentes (noir de fumée) et de l'incrustation par projection de grains de poudre non brûlés. Dans les lésions faites à bout touchant, le liséré seul existe et c'est là un point important. La bouche du canon étant appuyée sur la peau, les grains de poudre non comburés sont projetés d'emblée avec le projectile dans la profondeur de la plaie, d'où absence d'incrustations sur la surface extérieure ; on ne trouvera que le dépôt circulaire de noir de fumée, imprégnant les couches épidermiques les plus superficielles. Ce dépôt peut s'enlever par lavage, grattage ou friction.

En résumé, le coup de feu tiré à bout touchant sera

caractérisé par les lésions d'éclatement des tissus et par la présence d'un tatouage simplement constitué par un enfumement de l'orifice d'entrée.

Suivant le segment de membre atteint, quelques caractères particuliers s'ajoutent aux données générales exposées ci-dessus. Il importe de les signaler.

Doigts. — Si la blessure intéresse la troisième phalange, c'est-à-dire si l'extrémité du doigt a été posée sur l'ouverture du canon de fusil, ce sera une abrasion totale de la phalange; si la blessure intéresse la première ou deuxième phalange, nous constaterons une amputation transversale avec arrachement. Les lésions par éclatement n'existent pas, mais, sur la face palmaire; celle qui est en général au contact de l'arme, on retrouvera sur le pourtour de la plaie un liséré noir de 3 à 5 millimètres de largeur. Le médecin principal Chavigny cite, à cette occasion, un cas digne de retenir notre attention. Dans une de ses expertises, il a pu constater que le tatouage, dans une blessure accidentelle, pouvait s'étendre à plusieurs doigts de la main, qui étaient placés sur le même plan perpendiculaire au canon et, qu'au contraire, en cas de mutilation volontaire, on ne retrouvait aucune trace de poudre sur les autres doigts qui étaient ramenés plus bas, le long du canon. Cette constatation peut être d'un grand secours, dans certains cas, pour établir dans l'expertise et avec une quasi certitude, la position qu'occupait la main au moment où le coup de feu est parti.

La plaie d'un doigt peut n'intéresser qu'un bord, c'est le coup de feu tangentiel. Les orifices d'entrée et de sortie se rejoignent par le bord du doigt, formant

ainsi une échancrure, plus ou moins profonde, le doigt pouvant n'être retenu que par un mince lambeau. Le tatouage existe sur la face palmaire.

Main. — La main est placée, par sa face palmaire, sur la bouche du canon qui appuie au niveau du premier espace interosseux en général. Les délabrements observés sont vastes. La plaie centrale est un cratère avec grosse perte de substance, cratère se prolongeant jusqu'à la face dorsale. Une partie du squelette est souvent intéressée et pulvérisée. L'éclatement se manifeste surtout à l'orifice d'entrée : sur un espace de 4 à 5 centimètres environ, les téguments sont décollés et partagés en lambeaux triangulaires qui sont souvent éversés de dedans en dehors, ou recroquevillés sur eux-mêmes. Sur la face dorsale l'éclatement se manifeste aussi : l'orifice de sortie a une forme étoilée, mais de dimensions plus grandes que l'orifice d'entrée. Le tatouage se révèle par un petit liséré noir de 5 millimètres à peu près de largeur, sur la pointe des lambeaux palmaires.

De même que les doigts, la paume de la main peut être atteinte tangentiellement à son bord. C'est une échancrure plus ou moins profonde qui n'a d'autre caractère particulier que la conjonction des éclatements de la plaie d'entrée et de la plaie de sortie.

Avant-bras. — La mutilation volontaire de l'avant-bras est rare. Le coup de feu sera tiré au niveau de l'espace interosseux, un peu au-dessus du poignet et suivant le diamètre antéro-postérieur. Le médecin principal Chavigny, qui a reproduit expérimentalement les lésions, les décrit ainsi : « On constate du

« côté de l'orifice d'entrée un éclatement étoilé sur
« 5 centimètres environ, avec bref noircissement de
« la pointe des lambeaux, tandis que sur la face dor-
« sale existe un long éclatement cutané, parallèle à
« l'axe du membre, de 10 centimètres d'étendue, au
« centre duquel apparaissent les tendons complè-
« tement disséqués. L'expansion gazeuse a été, en
« quelque sorte, canalisée par le squelette de l'avant-
« bras. »

Bras ou segments larges. — C'est une mutilation exceptionnelle. Elle intéresse un segment du membre très musclé ou une partie molle tronc. La lésion caractéristique se trouvera tout entière à l'orifice d'entrée. Ce sera une plaie béante de 10 à 12 millimètres de diamètre avec une perte de substance circulaire. Sous l'action de l'éclatement, le tissu cellulaire sous-cutané sera décollé en forme de cratère. Le tatouage sera constitué par le liséré noir habituel sur les bords de l'orifice d'entrée. A l'orifice de sortie, rien de particulier, simple trace du passage de la balle ou, s'il y a eu fracture comminutive, délabrements habituels par les esquilles osseuses. Toute la force d'expansion gazeuse a été arrêtée par la masse musculaire réduite en bouillie.

b) *Lésions observées sur les téguments protégés.* — La présence de vêtements : drap, linge, cuir, modifie radicalement les caractères de la blessure observée sur les téguments. Les effets d'éclatement persistent, mais le tatouage manque, retenu par les vêtements. « Dans ces conditions, écrit le méde-

cin principal Chavigny, il est indispensable d'additionner en quelque sorte les constatations faites sur les vêtements avec celle qu'on relève sur le membre atteint. » Les expériences du médecin principal Chavigny, pour reproduire les effets d'explosifs sur les vêtements ont été ainsi résumés par lui : « Un coup
« de fusil de guerre sur du drap de capote ou de veste
« à bout touchant, produit un éclatement, qui, lors-
« qu'on en fait l'expérience pour la première fois,
« surprend par ses dimensions énormes : c'est un
« éclatement crucial de 7 centimètres de dimensions ;
« au centre, le tissu est longuement effiloché et la
« portion exactement centrale a disparu sur une
« étendue de 2 centimètres. La doublure sous-jacente
« présente un éclatement de dimensions et de forme
« exactement équivalentes, avec cette particularité
« toutefois, que la face externe des lambeaux est,
« vers leur pointe, teintée de tatouage noir sur
« 1 centimètre de hauteur environ. »

Sur du linge, par coup de feu au contact, l'explosion se fait sur une largeur de 8 centimètres, avec un effilochage très étiré, avec un léger liséré sur la face antérieure des pointes de lambeaux.

Le cuir de la chaussure présente un éclatement étoilé de 9 centimètres, éclatement qui ne se produit qu'à bout touchant. L'orifice de sortie est simplement formé par le passage de la balle ; c'est un orifice de 6 millimètres à bords légèrement éversés en dehors.

B. Revolver modèle 1874 (*poudre noire*). —

A bout touchant, la lésion observée est presque semblable à celle produite par le fusil : éclatement des téguments avec une zone de tatouage de 5 millimètres de largeur. Avec le revolver modèle 1892, lésions tout à fait comparables aux précédentes.

Sur des téguments protégés, le tatouage est modifié dans les mêmes conditions que celles observées à propos du fusil modèle 1886.

C. Fusil allemand. — Les lésions observées par coup de feu à bout portant, avec le fusil allemand, sont en tous points identiques à celles que nous avons décrites pour les différents segments de membre, protégés ou non par des vêtements et produites par la cartouche française.

II. — LÉSIONS PRODUITES PAR COUP DE FEU

A COURTE DISTANCE

(BOUT PORTANT DE CERTAINS AUTEURS)

Il importe, ici encore, d'étudier ces lésions sur les téguments nus ou protégés, et suivant qu'elles sont produites au moyen de fusil français, du revolver ou du fusil allemand.

A. Fusil modèle 1886.

a) *Lésions sur les téguments nus.* — Ces lésions sont parfaitement caractérisées par l'absence,

dans la très grande majorité des cas, des lésions d'éclatement, et par la présence d'un tatouage vrai :

1° ECLATEMENT. — Les lésions d'éclatement si nettes dans le coup de feu à bout touchant, disparaissent ici ou à peu près. En effet, le canon n'étant plus au contact des tissus, la force d'expansion des gaz ne se trouve plus pour ainsi dire canalisée sur un point unique du tégument. A leur sortie de l'arme, les gaz trouvent des zones de moindre résistance pour s'échapper, c'est la couche d'air interposée entre le segment de membre et la bouche du canon. Les gaz n'étant plus en grande masse, leur liberté d'expansion étant presque complète, leurs effets explosifs disparaissent ou tout au moins sont considérablement réduits. A une distance de 5 millimètres, on les constate encore grandement atténués ; à 2 centimètres, ils n'existent plus. La plaie d'entrée sera simplement l'orifice de passage du projectile ; les dimensions de cet orifice seront sensiblement réduites à celles du projectile lui-même.

2° TATOUAGE. — Le diagnostic du coup de feu à courte distance reposera uniquement sur la présence du tatouage qui a des caractères bien nets, bien définis, et qui, suivant son intensité de coloration plus ou moins grande, permettra de dire avec une certitude suffisante à quelle distance le coup a été tiré.

Quand le coup part, des lamelles de poudre non brûlées, sont projetées en même temps que les gaz. Cette projection a lieu en forme de cône dont la portée est plus ou moins grande suivant la distance qui sépare la bouche du canon des téguments. Ces grains de

poudre viennent s'incruster dans les couches épidermiques les plus superficielles. Autour de l'orifice d'entrée, on retrouvera dans une zone, circulaire en général, quand le coup est tiré perpendiculairement au segment de membre, plus ou moins ovalaire si le coup a été oblique, zone dans laquelle on retrouve, plus ou moins disséminés et incrustés, les grains de poudre, en même temps qu'un dépôt de noir de fumée. Ce tatouage est indélébile. Son étendue et son intensité de coloration et d'incrustation varient proportionnellement à la distance de tir.

Quand le coup de feu est tiré de 2 à 5 centimètres de distance, autour d'un orifice d'entrée du projectile, orifice circulaire de 6 à 10 millimètres, on constate, sur un diamètre de 10 centimètres une zone de tatouage uniformément noir. Les grains de poudre sont incrustés très près les uns des autres, contribuant avec le dépôt de noir fumée, à l'uniformité de coloration de cette zone. Sur un diamètre total de 15 centimètres, on trouve des incrustations, moins denses sur la périphérie.

Ces petites lamelles de poudre ont une forme rectangulaire, leur longueur est de 1 millimètre.

A 10 centimètres de distance, le diamètre de la zone de tatouage est de 15 centimètres environ, mais la coloration est d'un noir moins foncé. Les lamelles de poudre, quoique encore piquées très près les unes des autres, restent parfaitement distinctes.

A 20 centimètres, le tatouage est large, la teinte noire a disparu, la peau est seulement piquetée discrètement de lamelles de poudre très clairsemées.

A partir de 50 centimètres, on ne rencontre plus autour de l'orifice d'entrée ni tatouage, ni incrustation même légère. On a à peu près constamment, quelle que soit la distance de tir, autour de l'orifice d'entrée, une petite auréole noire circonscrivant parfaitement la plaie, auréole produite par l'essuyage de la balle. Le médecin principal Chavigny attribue l'origine de ce liséré à ce fait que la balle, pendant son trajet dans le canon, essuie la crasse qui s'y trouve en quantité plus ou moins grande, suivant le nombre de coups tirés au préalable par l'arme, l'emporte et la dépose sur le pourtour de l'orifice d'entrée.

Connaissant les caractères du tatouage à différentes distances, il est dès lors facile d'imaginer tous les aspects intermédiaires qu'il peut prendre.

b) *Lésions produites sur les téguments protégés.* — De même que pour le coup de feu à bout touchant, il faut ici aussi noter soigneusement les caractères relevés sur la surface extérieure des vêtements pour les additionner à ceux trouvés sur le tégument lui-même. Expérimentalement, ces effets ont été reproduits sur du drap de capote par le médecin principal Chavigny qui dit que : « à 5 centimètres de distance, en tirant sur du drap, on obtient un orifice d'entrée irrégulièrement déchiqueté et large de 4 centimètres. La pointe des lambeaux de l'étoffe porte, sur 1 centimètre environ la trace très peu perceptible d'une brûlure, il semble que le velu de l'étoffe ait été rasé et on voit des reflets d'un brun noir. Sur une zone assez régulièrement circulaire, d'un diamètre

de 15 centimètres, les lamelles de poudre non brûlées se sont incrustées dans les poils de l'étoffe. Ce piquetage résiste un certain temps au brossage, certaines lamelles ne tombent même que par un grattage assez attentif avec l'ongle. Un coup de fusil à 20 centimètres de distance, produit une perforation circulaire à l'emporte-pièce de 6 millimètres, bordée d'une zone roussâtre de 3 centimètres et demi de diamètre, avec un semis de lamelles réparties sur 15 centimètres, mais bien moins incrustés dans l'étoffe que dans le cas précédent.

« A 35 centimètres de distance, il n'existe plus qu'un petit orifice présentant une perte centrale de substance de 2 millimètres avec trace d'essuyage de la balle en liséré net sur un diamètre de 5 millimètres. Les lamelles, très peu nombreuses, sont très dispersées et peu adhérentes. A partir de 50 centimètres, l'orifice de passage de la balle n'offre plus de caractères spéciaux. »

Sur du linge blanc, les effets présentent quelques particularités : « à 10 centimètres de distance, un orifice central de 1 centimètre et demi est entouré d'une zone de noircissement large de 4 centimètres sur une surface de 8 centimètres de diamètre ; la toile est criblée de petits pertuis presque microscopiques, dans lesquels les fils semblent plutôt écartés que rompus. Par là sont passées les lamelles de poudre non brûlées. Après coup de feu à 20 centimètres, l'orifice central, arrondi, de 6 millimètres, est à bords légèrement effilochés ; il est encerclé par un tracé net et noir de 1 millimètre d'épaisseur (essuyage de la

balle) sur 10 centimètres, et répartie sur une zone diffuse, noire peu accentuée. A partir de 30 centimètres, l'orifice ne présente plus de caractères particuliers. »

« Sur le cuir, on trouve, à 5 millimètres de distance, « un orifice circulaire de 3 millimètres et au pourtour, « sur 4 centimètres de diamètre semis d'un granulé « qui a éraflé le cuir, le rendant comme velu aux « points touchés. A 15 centimètres de distance on « n'observe plus que l'orifice d'entrée seul. »

B. Revolver modèle 1874. — Un coup tiré à une distance de 5 centimètres donnera un orifice d'entrée du projectile de 10 millimètres environ. Sur un diamètre de 3 centimètres et demi environ autour de cet orifice, on trouve un tatouage noir. Pas de lamelles incrustées, mais simplement des grains de poudre noire, poudre qui sert à charger la cartouche 74.

A 10 centimètres, le tatouage est d'intensité de coloration moindre pour disparaître complètement à 25 centimètres.

MODÈLE 1892. — On observe avec ce modèle les mêmes caractères de tatouage, et des modifications identiques suivant la distance : les incrustations sont faites par des lamelles, ces cartouches étant chargées avec la poudre pyroxylée.

Sur les téguments protégés, les mêmes modifications sont observées dans le tatouage qu'avec le fusil 1886.

C. Fusil allemand. — Si, dans les coups de

feu tirés à bout touchant, les lésions produites par le fusil allemand sont identiques à celles produites par le fusil Lebel, dans les coups de feu tirés à courte distance, elles diffèrent sensiblement suivant que nous avons affaire à l'un ou l'autre de ces fusils. Cette différence provient non pas du calibre de l'arme qui est sensiblement le même (fusil Lebel = 8 millimètres; fusil allemand = 7 millimètres), mais de ce fait que dans la cartouche allemande, la combustion de la poudre est complète. Donc pas de lamelles projetées par les gaz; partant : absence totale d'incrustations dans le tatouage.

A 10 centimètres de distance, le projectile fait un orifice de 4 millimètres de diamètre, entouré sur un diamètre de 9 millimètres d'une zone de tatouage très noire, qui va diminuant d'intensité jusqu'à un diamètre total de 4 centimètres.

A 20 centimètres, le tatouage est à peine perceptible et disparaît à partir de cette distance. Le liséré d'essuyage de la balle se retrouve ici également.

III. — LÉSIONS PRODUITES PAR DES COUPS DE FEU TIRÉS A DES DISTANCES PLUS GRANDES QUE LE BOUT PORTANT

Quand la distance de tir dépasse ce qu'il est convenu d'appeler le bout portant ou courte distance, aucun signe positif ne vient apporter à l'expert de précision sur ce tir. L'action seule du projectile est manifeste : c'est l'orifice d'entrée entouré du liséré d'essuyage.

Absence de lésions d'éclatement, absence totale de tatouage conduiront l'expert à dire que le coup de feu a été tiré à grande distance, c'est-à-dire à une distance supérieure à 50 centimètres. Si, dans le tir à courte distance, on peut, par certains caractères, évaluer avec une certaine précision la distance du tir : ici, aucun indice ne permettra cette précision. Du reste, dans la majorité des cas, l'expert commis à examiner une mutilation ne devra porter qu'un des trois diagnostics : coup à bout touchant, à courte distance, à grande distance. En résumé : si l'on excepte les mutilations volontaires à distance : les hommes qui élèvent la main au-dessus des tranchées et pour lesquels l'examen médical est un faible témoignage (il permet seulement de dire : blessure non à bout touchant ou à bout portant, balle entrée par la face palmaire par exemple, concordance ou non concordance entre l'examen du blessé et ses allégations) et pour lesquels le seul argument valable est fourni par l'enquête, on voit que mutilation volontaire égale blessure à bout touchant ou bout portant. Toutefois deux restrictions s'imposent :

1° Les caractères médico-légaux de ces blessures peuvent être peu nets (téguments protégés, mutilations machinées ou encore, comme il sera dit plus loin, lorsque l'examen est pratiqué tardivement).

2° La blessure à bout portant ou touchant n'égale pas, nous l'avons vu, mutilation volontaire.

CHAPITRE III

L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE MILITAIRE

L'expertise médico-légale est un des éléments parfois essentiels, parfois accessoires sur lequel reposera l'équité du jugement rendu. Elle doit donc être faite dans les meilleures conditions possibles. Malheureusement, souvent se dresseront des difficultés de tous ordres, et les conditions souvent défavorables dans lesquelles se fait cette expertise ne sont pas toujours faites pour simplifier la résolution de ces difficultés.

Cette expertise est souvent tardive. C'est quelquefois plusieurs jours après la blessure que l'inculpé est envoyé à l'expert. Quelquefois même un examen médico-légal a été demandé pour une plaie déjà cicatrisée. Il est bien évident que les caractères anatomiques de la plaie se sont modifiés radicalement. Suivant le temps écoulé, un manque de soins de propreté laissant du sang coagulé sur la plaie peut, à première vue, faire croire à un tatouage; plus tard, une suppuration intervient, un bourgeonnement se produit qui cachent aux yeux de l'expert des signes caractéristiques, ou tout au moins, qui lui permettent de douter. Sur une cicatrice même, que de causes

d'erreurs possibles ! Si l'inculpé est examiné seulement le lendemain de sa blessure, n'est-il pas possible qu'un nettoyage, un pansement appliqué, l'emploi d'antiseptiques, particulièrement la teinture d'iode, aient changé l'aspect extérieur de la plaie ?

Une autre raison de la nécessité d'une expertise précoce est celle-ci : certaines des lésions suspectes d'être produites par mutilations volontaires demandent une intervention chirurgicale, amputation, régularisation, etc., si cette amputation est faite, les caractères de la plaie initiale sont transformés, l'expertise est rendue ou difficile, ou impossible ; si l'intervention n'est pas faite, le retard peut être préjudiciable aux blessés.

L'expertise doit donc être aussi précoce que possible. Et ici, nous ferons remarquer l'importance grande qu'il y aurait pour l'expertise à ce que l'examen initial de la plaie soit fait soigneusement et consigné de même par le médecin de l'unité à laquelle appartient l'inculpé. Or, il faut le dire, dans la plus grande majorité des cas, cette constatation précoce, ou bien manque, ou bien est faite elle-même dans de très mauvaises conditions. Ceux d'entre les médecins qui ont assuré le service médical d'un bataillon pendant une période active d'offensive ou de défensive ont vu jusqu'à quel point pouvait aller l'encombrement d'un poste de secours de première ligne, souvent aménagé à la hâte. A la première accalmie dans le bombardement, les blessés légers affluent en désordre, envahissant le local. Le médecin, surchargé de travail et pressé de faire place aux blessés couchés, confie une

partie des pansements légers à son personnel infirmier : une mutilation volontaire échappe à son examen, peut-on lui en faire un grief ? Non. Et à l'heure actuelle, la pénurie de médecins se faisant sentir, une autre difficulté vient s'ajouter : le médecin de bataillon n'est quelquefois qu'un médecin auxiliaire à quatre, six ou huit inscriptions, ou un sous-aide-major. Malgré tout leur dévouement, ils ne sont pas suffisamment au courant de la question mutilation volontaire, ni au point de vue scientifique : caractères de la plaie, ni au point de vue pratique. Il est utile ici d'ouvrir une parenthèse sur la conduite que devra tenir, à notre avis, le médecin qui, dans son poste de secours de l'avant, se trouve en présence d'une blessure présumée volontaire. Avant tout, maître de lui-même, malgré le surcroît de travail, il devra se méfier d'accuser le soldat qu'il panse de « s'être mutilé volontairement ». C'est une affirmation imprudente, grosse de conséquences et pour le soldat incriminé et pour le médecin. Que l'homme se soit mutilé volontairement, au point de vue médical, le médecin n'en peut rien savoir. Une enquête sur les circonstances dans lesquelles la blessure a été reçue est rigoureusement nécessaire et du ressort de la discipline. En présence d'une plaie suspecte, le devoir du médecin est de la signaler. Sur la fiche de blessure, il ajoutera cette mention : « Blessure à courte distance. Une enquête est nécessaire pour savoir dans quelles conditions cette blessure a été reçue. » (Médecin principal Chavigny.) Au premier relai de blessés ou même plus loin à l'ambulance, les médecins signalent le fait au com-

mandement. Le médecin de l'avant aura fait son devoir, n'aura dit que ce qu'il sait et ne se porte pas dénonciateur.

D'autres conditions sont encore défavorables à l'expertise. Elle est souvent hâtive. Le commandement réclame des conclusions rapides, pour pouvoir, si c'est nécessaire, faire une répression énergique, qui intimide. Il faut savoir refuser. Or, pour ce faire, il faut avoir non seulement l'indépendance d'esprit, mais aussi l'habitude de l'expertise médico-légale, des qualités qu'elle réclame, du cadre qu'elle ne doit pas déborder. Or, souvent l'expertise est confiée à un médecin choisi au hasard, souvent ignorant de la chose médico-légale ; et c'est parmi toutes les conditions défavorables à l'expertise, la plus fâcheuse. Le médecin expert est souvent désigné par le commandement ou le juge, souvent étrangers eux-mêmes aux choses de la justice¹.

Et nous en arrivons à préciser comment doit être conduite une expertise médico-légale aux armées.

Le rapport devra être concis et rédigé en termes précis. Il débutera par la formule habituelle du serment, et par *l'exposé de la mission*. Les circonstances du fait et *les allégations du blessé* seront ensuite rapportées. L'expert commencera toujours cette relation par les mots : l'inculpé dit que... il affirme que... Il interrogera le moins possible l'inculpé et restant dans son rôle médico-légal, il ne cherchera pas à provoquer

¹ Depuis que ce travail a été écrit, ce fâcheux état de choses a été modifié par une circulaire en date du 15 mars 1917 que le lecteur trouvera à la fin de cet ouvrage.

des aveux ou à s'immiscer dans des questions d'ordre strictement judiciaire. Eviter, par une interrogation imprudente, de suggérer involontairement à des débiles intellectuels des réponses, des pseudo-aveux, non conformes à la vérité. Il est nécessaire d'enregistrer les déclarations du blessé pour pouvoir, par la suite, se rendre compte de la concordance ou de la discordance qui existe entre ces déclarations et les constatations faites dans l'examen lui-même.

Vient ensuite le compte rendu de *l'examen général* de l'inculpé : il peut être utile en faisant découvrir sur une autre région du corps une autre lésion ou blessure qui explique la blessure présumée volontaire, blessure reçue dans des conditions tout à fait imprévues créées par la guerre actuelle.

Cet examen général s'impose : il peut montrer une cicatrice de chancre, une gomme, une ulcération syphilitique ; le sujet n'est-il pas un P. G. ? une cicatrice de traumatisme crânien peut très bien être indicatrice d'un mauvais fonctionnement cérébral.

L'expert consignera ensuite les constatations faites par *l'examen local* : les caractères de la blessure, sa situation, la présence ou l'absence de lésions d'éclatement, de tatouage, etc. Et ici, il est utile pour l'expert de se mettre en garde contre diverses causes d'erreur qui peuvent se présenter. Certains éclats d'obus, de forme très irrégulière, porteurs de noir de fumée, peuvent faire une plaie semblable, à première vue, à une plaie par coup de feu à courte distance, d'autant plus que souvent l'homme ne sait pas exactement par quelle espèce de projectile il a été touché. Une plaie,

négligée depuis plusieurs jours, peut, de prime abord, en imposer pour une plaie à bout portant, le sang coagulé, noir, desséché, ressemblant à un tatouage; de même la teinture d'iode appliquée en grande quantité, de même la trace noire de nicotine, chez les grands fumeurs, etc. Ce sont autant de difficultés que seule vaincra la perspicacité de l'expert.

L'EXAMEN MENTAL sera pratiqué et les résultats consignés, dans chaque cas d'expertise, pour mutilation présumée volontaire. Il est indispensable. Les cas d'aliénation mentale sont actuellement plus fréquents qu'on ne pense dans l'armée, les conseils de revision étant moins stricts et les conditions de la guerre actuelle étant favorables à l'éclosion de troubles mentaux. Nous avons déjà fait remarquer que les mutilations volontaires se rencontrent de préférence chez les débiles mentaux, les persécutés, les mélancoliques, les paralytiques généraux au début, etc. L'examen mental, même sommaire, est donc absolument nécessaire.

A la suite de ces constatations objectives viendra la *discussion*. Elle doit se limiter à apporter l'affirmation des caractères médico-légaux de la blessure et de la concordance ou de la non-concordance entre ces constatations médicales et les allégations du blessé. Cette discussion sera courte, préparant les conclusions.

LES CONCLUSIONS seront claires, prudentes. L'expert s'abstiendra de prononcer le mot de culpabilité qu'il n'a pas à prononcer. Il ne devra pas se départir d'une prudente réserve, n'émettant de conclusions positives que dans peu de cas. L'expert est un expert

technique, il n'est ni l'expert de la défense, ni celui de l'accusation. Il s'en tiendra à son rôle strict sans chercher à prouver que la mutilation est ou n'est pas volontaire, sans chercher à apprécier les circonstances de fait et d'intention qui sont d'ordre judiciaire.

D'ailleurs, une expertise médico-légale est insuffisante par elle-même pour dicter une condamnation. Une expertise sur les circonstances du fait est indispensable. C'est ce qu'a fait ressortir la circulaire n° 4.892 du G. Q. G., du 12 mai 1915. « Le résultat
« des examens médicaux ne peuvent d'ailleurs servir
« de base unique à une condamnation pour mutilation
« volontaire. Ils doivent être corroborés par d'autres
« éléments de preuve, et il est essentiel à ce point de
« vue que l'instruction de cette catégorie d'affaires
« soit conduite avec le plus grand soin. »

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Les quelques observations suivantes montrent : la marche d'une expertise d'après le schéma que nous avons esquissé dans le chapitre précédent, les difficultés qu'elle peut présenter et les questions auxquelles il est possible de répondre.

OBSERVATION I. — *Nous soussignés..., commis par une ordonnance de M. le Capitaine rapporteur auprès du Conseil de guerre à l'effet d'examiner le soldat de 2^e cl. X..., du ...^e R. I., inculpé d'abandon de poste par mutilation volontaire, serment préalablement prêté, avons procédé à cette expertise le... 19., et avons consigné dans le présent rapport les résultats de nos constatations.*

Faits. — Le soldat X... rapporte les faits suivants : le..., vers 20 heures, il se trouvait dans une tranchée et fortifiait le parapet antérieur en y plaçant des sacs de sable, quand il reçut dans la main droite une balle ennemie. La fusillade était, prétend-il, intense à ce moment. Il ne s'aperçut pas immédiatement qu'il était blessé. Il remarqua après quelques minutes que le sang lui coulait sur la main. Il se fit faire un pansement, puis fut évacué vers Y., où il fut examiné.

Certificats. — Un certain nombre de pièces nous ont été communiquées, en particulier :

1^o Une note du commandant de la ...^e compagnie du ...^e R. I., en date du... ;

2° Un certificat médical du médecin-chef du ...^e R. I., en date du... ;

3° Un rapport du médecin-major de 1^{re} classe chef du centre hospitalier de..., en date du...

Examen. — Le blessé ne présente actuellement au niveau de la main droite que deux petites cicatrices consécutives à la blessure. Ces deux cicatrices se trouvent l'une dorsale, l'autre palmaire, entre les articulations métacarpophalangiennes de l'index et du médus, à 1 centimètre 1/2 environ en dessous de l'espace interdigital.

La cicatrice dorsale est blanche, régulière, ovalaire et avec deux petits prolongements à l'une de ses extrémités. Elle mesure environ 5 millimètres de longueur sur 2 millimètres de largeur. Elle est solide et non douloureuse. Il n'existe autour de la cicatrice aucune particularité de la peau à signaler, pas de traces de tatouages.

La cicatrice palmaire est allongée, régulière et solide. Elle mesure de 4 à 5 millimètres de longueur sur 2 à 3 de largeur. La peau est d'apparence normale.

Il ne semble pas exister sous ces cicatrices de lésions du squelette. Les mouvements des doigts et de la main ne sont nullement gênés.

Rien à signaler au point de vue mental.

Discussion. — Des renseignements obtenus et des constatations faites, il apparaît que l'on est en présence d'une blessure ancienne, depuis longtemps cicatrisée complètement. Or, pour déterminer la distance à laquelle le coup de feu a été tiré, il est indispensable des procéder à l'examen du sujet aussitôt que possible après la blessure. Nous ne nous trouvons pas dans ces conditions ; c'est-à-dire que notre examen ne peut nous fournir les données nécessaires pour répondre à la question posée. Cependant, nos constatations nous permettent de préciser un point : les blessures à bout portant, très fréquentes dans les mutilations volontaires, provoquent l'éclatement des tissus et, par conséquent, laissent des cicatrices étendues, irrégulières, étalées, ce qui n'est pas le cas de l'inculpé examiné.

Il semble donc que la blessure n'a pas été faite par un coup tiré à bout portant. D'autre part, aucun caractère relevé

dans le cas actuel sur les cicatrices et les tissus avoisinants ne permettent de penser que le coup de feu, qui aurait provoqué la lésion, a été tiré à courte distance. Enfin, il convient de signaler qu'il ne semble pas y avoir de discordance entre les déclarations de l'inculpé et les constatations faites sur lui, nous arrivons dans ces conditions aux *conclusions*.

1° Le soldat de 2^e cl. X..., du ...^e R. I., porte, au niveau de la main droite, deux petites cicatrices qui peuvent être consécutives à un coup de feu.

2° Les caractères de ces cicatrices ne permettent pas de penser que le coup de feu a été tiré à courte distance.

3° Il n'y a pas de discordance entre le récit de l'inculpé et les constatations médicales.

OBSERVATION II. — Nous soussigné..., commis par une ordonnance de M. le Rapporteur auprès du Conseil de guerre à l'effet d'examiner le soldat de 2^e cl. X..., du ...^e R. I., suspect de mutilation volontaire, serment préalablement prêté, avons procédé à cette expertise le... 19... et avons consigné dans le présent rapport les résultats de nos constatations.

Récit du blessé. — Le blessé rapporte les faits suivants : Il était en sentinelle le..., vers 6 heures, quand, en regardant par le créneau, il reçut une balle dans le bras droit. Il ne peut, nous avoue-t-il, donner de détails précis.

Certificats. — Les pièces suivantes nous ont été communiquées :

1° Une note du capitaine commandant la compagnie du ...^e R. I., en date du... ;

2° Une note du colonel commandant le ...^e R. I., en date du... ;

3° Un certificat du médecin-chef du ...^e R. I., en date du... ;

4° Une note du colonel commandant la brigade, en date du...

EXAMENS. — Examen du blessé : Il présente au niveau de l'avant-bras droit une blessure en sétou. Il possède, en effet, à la face antérieure de cet avant-bras, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, vers le bord cubital,

une plaie arrondie à bords nets, mesurant de 3 à 6 millimètres de diamètre. Cette plaie, en voie de guérison, est entourée d'une zone de 3 centimètres environ de diamètre, dans laquelle la peau est rouge vif, suintante, desquamée. On ne trouve aucune trace de dépôt de fumée, de brûlure, ni de piquetage dû aux grains de poudre. A la face postérieure de l'avant-bras, au même niveau que la lésion précédente, sur le bord cubital, se trouve une plaie longue de 4 à 5 centimètres, large de 5 à 6 millimètres, provoquée en partie par une incision chirurgicale. Il n'existe aucune particularité au niveau de la peau entourant cette plaie. Il y a vraisemblablement, au niveau de la blessure, une fracture du cubitus.

Examen des vêtements : Nous avons examiné les manches du vêtement que portait le soldat au moment où il fut blessé. Sur la manche de la capote, on trouve une déchirure longue de 4 centimètres environ, présentant à la partie médiane une petite déchirure perpendiculaire de près de 1 centimètre de longueur. Le tissu ne porte aucune trace de brûlure. Il n'est pas possible de constater si la déchirure est entourée d'une zone de dépôt de fumée et de piquetage dus aux grains de poudre, car le sang qui a coulé de la blessure a imprégné complètement l'étoffe et a fixé sur elle de la boue. La doublure présente une déchirure identique, sans aucun dépôt de fumée ni piquetage. La déchirure au niveau de la veste a le même aspect. Elle ne revêt aucun caractère spécial.

Rien à signaler au point de vue mental.

Discussion. — Il résulte de ce que nous venons d'exposer que X... présente au niveau de l'avant-bras droit une blessure en sillon qui a pu être produite par un coup de feu.

Les constatations faites sur les vêtements ne nous ont apporté aucun indice permettant de penser que le coup de feu a été tiré à courte distance. De même, les lésions que nous avons constatées ne nous permettent pas davantage de dire que le coup de feu a été tiré à courte distance.

Le médecin-chef du ...^e R. I., il est vrai, a indiqué, dans son rapport, qu'il existait le..., autour de l'orifice d'entrée, « sur une surface ayant environ les dimensions d'une pièce de 5 francs, une pigmentation noirâtre très accusée, ayant

toute l'apparence d'incrustations de grains de poudre. La peau, à ce niveau, ajoute-t-il, est légèrement parcheminée. » Nous n'avons pas retrouvé ces particularités, mais nous avons constaté que la peau qui entoure la plaie est rouge, suintante, desquamée, lésion qui peut parfaitement exister, au bout de dix jours, après un tatouage tel que celui qui est décrit dans le certificat du médecin-chef. Mais, quoiqu'il en soit, nos constatations ne nous permettent pas d'affirmer que le projectile qui a atteint X... a été lancé à courte distance.

Conclusions. — 1° X... présente, au niveau de l'avant-bras droit, une plaie en sillon qui peut être due à un coup de feu.

2° Les constatations que nous avons faites sur le blessé, lors de notre expertise le... et sur les vêtements qu'il portait lors de sa blessure, ne nous permettent pas d'avancer que la balle qui l'a atteint a été tirée à courte distance.

OBSERVATION III. — *Nous soussigné..., commis par M. le Rapporteur auprès du Conseil de guerre à l'effet d'examiner le nommé X..., du ...^e R. I., inculpé de mutilation volontaire, serment préalablement prêté, avons procédé à cette expertise le... 19.. et avons consigné dans le présent rapport le résultat de nos constatations.*

Déclarations du blessé. — Le soldat X... nous a rapporté les faits suivants :

Le..., vers 18 heures, il était guetteur dans la tranchée de première ligne, quand il jeta par-dessus le parapet antérieur une couverture. Il reçut alors une balle allemande dans le bras gauche.

Certificats. — Les pièces suivantes nous ont été présentées :

1° Une note du lieutenant... en date du... ;

2° Un certificat du médecin-major de 1^{re} classe, en date du... ;

3° Un avis du colonel..., en date du... ;

4° Une lettre du général..., commandant la ...^e D. I., en date du...

EXAMENS. — *Examen du blessé :* Le soldat X... présente, au niveau du bras gauche, deux plaies. L'une se trouve à la face antérieure du bras, à 2 centimètres au-dessus du pli du coude

et un peu en dehors de la ligne médiane. Elle mesure environ 5 à 6 millimètres de diamètre. Les bords en sont arrondis et nets. La cicatrisation est presque terminée. Il n'existe autour de la lésion aucune trace de brûlure, ni de dépôt de poudre ou de fumée.

L'autre plaie est située à la partie postérieure du bras, à 3 centimètres environ au-dessus de la pointe de l'olécrane et un peu en dehors de la ligne médiane. Elle mesure environ 8 à 9 millimètres de diamètre. Elle est également arrondie, nette, en bonne voie de cicatrisation.

Le blessé présente, de plus, de la gêne fonctionnelle du coude. La flexion de l'avant-bras sur le bras est assez limitée, l'extension ne peut être complète. L'articulation demeure un peu empâtée et douloureuse.

A l'examen radioscopique, pratiqué le..., on a constaté une plaie osseuse du bord extérieur de l'humérus avec un long éclat et plusieurs petites parcelles osseuses détachées au-dessus de l'épicondyle.

Examen des vêtements : On nous a remis les vêtements que portait l'inculpé :

1° La manché de la capote, de drap bleu clair, doublée de toile blanche, présente, au niveau du pli du coude, trois petits orifices de 6 à 7 millimètres de diamètre, causés par le passage de la balle, et indiquant que le soldat X... avait le bras plié au moment où il reçut la balle. Les trois orifices correspondent à des plis du vêtement. Autour de l'orifice inférieur, il existe une petite zone noirâtre, diffuse, sans aucun dépôt de poudre, sans aucune brûlure apparente. Il existe également trois orifices au niveau de la doublure de toile blanche, autour desquels se trouve également une petite zone noirâtre sans piquetage ni dépôt de grains de poudre.

2° Les autres vêtements : veste, tricot de laine, chemise, portent des orifices produits par la balle, sans caractères spéciaux.

Rien à signaler au point de vue mental.

Discussion. — Il résulte des faits qui viennent d'être exposés que le soldat X... a reçu un projectile de petit calibre qui a pénétré d'abord à travers le vêtement, puis perforé de part en part le bras gauche au niveau du coude.

Or, les lésions anatomiques que nous avons constatées sur ce soldat ne portent aucune particularité permettant d'affirmer qu'elles ont été produites par un coup de feu tiré à courte distance.

D'autre part, il existe bien sur les vêtements, autour des orifices produits par le projectile, une teinte noirâtre, diffuse, mais nous n'y avons relevé aucune trace de brûlure, aucun piquetage, aucun dépôt de grains de poudre. Cette teinte noirâtre peut être attribuable au nettoyage de la balle sur les tissus. Il en résulte que les particularités relevées sur les vêtements ne permettent pas davantage de penser que le coup de feu a été tiré à courte distance.

Quant à l'opinion du médecin-major du ...^e R. I., indiquant que « l'orifice d'entrée, de petites dimensions, est entouré d'une zone noirâtre présentant l'aspect d'incrustations de grains de poudre », nous ne pouvons pas la discuter, n'ayant pas vu le blessé à cette époque. Cependant, il est utile de faire remarquer que, si le coup de feu avait été tiré à courte distance, comme semble le penser ce médecin, les grains de poudre se seraient déposés sur les vêtements et n'auraient pu, de ce fait, atteindre la peau.

Conclusions. — 1^o X... présente, au niveau du coude gauche, des blessures qui ont pu être produites par une balle de fusil de guerre.

2^o Aucun caractère de ces plaies et aucune particularité relevée au niveau des orifices provoqués par le projectile dans le vêtement ne permettent de penser que le coup de feu a été tiré à courte distance.

OBSERVATION IV. — Nous soussigné..., commis par une ordonnance de M. le Capitaine rapporteur auprès du Conseil de guerre, à l'effet d'examiner le nommé X..., du ...^e R. I., inculpé de mutilation volontaire, serment préalablement prêté, avons procédé à cette expertise le... 19.. et avons consigné dans le présent rapport les résultats de nos constatations.

Relation des faits. — X... rapporte les faits suivants :

Il était en sentinelle en première ligne, le..., vers minuit, et

il s'appuya sur le parapet pour regarder par dessus la tranchée. Il reçut alors une balle dans la main droite. Il déclare être droitier.

Certificats. — Les pièces suivantes nous ont été communiquées :

1° Deux notes du capitaine commandant la compagnie, en date du...

2° Une note du colonel commandant le régiment en date du...

3° Les déclarations des témoins ;

4° Deux rapports médicaux en date du... et...

Examen. — X. présente, au niveau de la face dorsale de la main droite, une blessure en sêton. Il existe, à la face dorsale de cette main, à l'union du carpe et du 3^e métacarpien, une petite plaie arrondie, à bords nets, de 4 à 5 millimètres de diamètre, non entourée d'une zone de tatouage ni de traces de brûlure.

Au niveau du bord interne de la main, à peu près à la même hauteur que la précédente, se trouve une deuxième plaie un peu plus large (6 à 7 mm.) à bords noircis, nets, mais non éclatés, sans aucune trace de tatouage.

Il existe vraisemblablement des lésions des 3^e et 4^e métacarpiens. Ces blessures sont en bonne voie de cicatrisation, mais il persiste de la limitation très marquée des mouvements du poignet.

Discussion. — X... présente, en somme, au niveau de la main droite, une blessure en sêton qui peut avoir été produite par une balle de fusil. Les plaies examinées ne revêtent nullement les caractères des lésions provoquées par un coup de feu tiré à courte distance.

Du reste, les déclarations du blessé et les certificats qui nous ont été communiqués concordent parfaitement avec les constatations que nous avons pu faire.

Conclusions. — 1° Le soldat X... présente au niveau de la main droite une blessure en sêton qui a pu être produite par un projectile de fusil.

2° Les plaies constatées ne portent pas les caractères des lésions provoquées par un coup de feu tiré à courte distance.

3° On ne relève pas de discordance entre les déclarations du blessé, les certificats présentés et les constatations médicales.

OBSERVATION V. — *Nous, soussigné..., commis par une ordonnance de M. le Rapporteur auprès du Conseil de guerre, à l'effet d'examiner le soldat de 2^e classe X..., du ...^e R. I., suspect d'abandon de poste par mutilation volontaire, certifions avoir procédé le... mai 1915, à cette expertise, et avoir consigné dans le présent rapport le résultat de nos constatations.*

Faits. — L'inculpé rapporte les faits suivants :

Il était de garde dans la tranchée, seul. A un certain moment, il perçoit du bruit dans les fils de fer. Il monte sur la banquette de tir et regarde. Il tenait son fusil, au bout duquel se trouvait la baïonnette, par l'extrémité de la baïonnette, la crosse reposant sur le fond de la tranchée. La baïonnette passait entre le médius et l'annulaire gauches, la face palmaire tournée vers le canon du fusil. Le coup de feu part, sans doute par un faux mouvement du pied.

Examen de la blessure. — Le blessé présente une section complète de la phalange du médius gauche, au niveau de l'articulation phalangino-phalangeetienne. L'examen est fait après deux pansements, quarante-huit heures après l'accident. La plaie est déchiquetée, avec des lambeaux irréguliers. Des esquilles osseuses sont apparentes. Sur la face palmaire, apparaissent nettement un piqueté et un tatouage. Pas de dépôt de paillettes de poudre. Rien à signaler au point du vue général ni psychique.

Discussion. — Ces constatations nous permettent de dire que nous nous trouvons en présence d'un coup de feu tiré à courte distance, 30 à 40 centimètres au maximum ; le projectile est entré par la face palmaire.

La blessure a pu être produite dans les circonstances indiquées par l'homme ; on ne relève aucune impossibilité dans l'attitude qu'il a indiquée.

Conclusions. — 1° X... présente, au niveau du médius gauche, une blessure produite par un coup de feu tiré à courte distance.

2° Il n'y a aucune contradiction apparente entre les déclarations faites par le sujet et les constatations médico-légales faites sur lui.

OBSERVATION VI. — *Nous, soussigné..., commis par une ordonnance de M. le Capitaine rapporteur auprès du Conseil de guerre, à l'effet d'examiner le nommé X..., du..., inculpé de mutilation volontaire, serment préalablement prêté, avons procédé à cette expertise le... mai 1915, et avons consigné dans le présent rapport les résultats de nos constatations.*

Relation des faits. — Le soldat X... rapporte les faits suivants : il était en première ligne, avec une section rassemblée pour partir en reconnaissance. L'ordre de sortir de la tranchée allait être donné dix minutes plus tard. Il aurait été renvoyé à l'arrière par son lieutenant pour porter un ordre. Il serait parti immédiatement avec ses armes. Pour aller plus vite, il serait sorti du boyau au bout de 100 mètres et se serait mis à courir. A ce moment, une balle allemande l'aurait atteint à la main gauche par la face palmaire.

Examen. — Est fait après quarante-huit heures, le nettoyage de la plaie ayant été pratiqué et un pansement appliqué à la partie médiane de la main gauche. Sur la face palmaire, on voit une plaie de 5 à 6 millimètres, légèrement étoilée (orifice d'entrée du projectile), à bords déchiquetés, irréguliers, arrachés. Autour de l'orifice, on voit une petite bordure noire, puis une zone de tatouage abondant et d'incrustations de grains de poudre non comburés sur 5 centimètres de diamètre. De plus, une légère teinte de fumée en certains endroits. Les lésions intéressent uniquement les parties molles, la balle a passé entre les 3^e et 4^e métacarpiens.

Sur la face dorsale, au même niveau, se trouve une large plaie, de l'étendue d'une pièce de 1 franc, à bords étoilés, très irréguliers. On ne remarque aucun dépôt ni aucun tatouage.

Rien à noter au point de vue général ou psychique.

Discussion. — Nous nous trouvons en présence d'une plaie produite par un coup de feu tiré à courte distance, 50 centimètres au maximum. Tous les signes constatés l'indiquent :

tatouage abondant, incrustations de grains de poudre, aspect de la plaie. Le coup a été tiré par la face palmaire : le tatouage se trouvant à la face palmaire l'indique, de même que le large éclatement des tissus à la face dorsale. Les constatations se trouvent en contradiction avec les déclarations du blessé. Les signes constatés sont en contradiction formelle avec les signes des blessures à grande distance, où on ne trouve aucun tatouage, aucune trace de poudre ni de fumée, pas de lésions d'éclatement.

Conclusions. — 1° X... présente, à la partie médiane de la paume de la main gauche, une blessure faite par un coup de feu tiré à courte distance.

2° Les constatations médico-légales sont en discordance avec les déclarations du blessé.

OBSERVATION VII. — *Je soussigné J. L..., médecin-major de ...^e classe, commis par une ordonnance de M. le Capitaine rapporteur auprès du Conseil de guerre de..., à l'effet d'examiner le nommé X..., inculpé de mutilation volontaire, serment préalablement prêté, avons procédé à cette expertise le... et avons consigné dans le présent rapport le résultat de nos constatations.*

Relation des faits. — L'inculpé nous rapporte les faits suivants : le... 19..., il se trouvait en tranchée de première ligne avec ses camarades, prêt à bondir pour un coup de main dans la tranchée ennemie, située à 50 mètres de là. La préparation d'artillerie étant faite, il est sorti de la tranchée avec ses camarades. Il est arrivé jusqu'à la tranchée ennemie, où quelques hommes avaient déjà pénétré. Il se préparait à y sauter, quand il fut blessé par un coup de feu tiré à bout portant par un soldat ennemi. Il est revenu en arrière et s'est éloigné du secteur sans passer par le poste de secours.

Examen. — A eu lieu quarante-huit heures après la blessure. Aucun pansement n'a été appliqué, simplement un mouchoir. Au niveau de la paume de la main droite, on constate une petite plaie irrégulièrement circulaire, de 3 à 6 millimètres de diamètre, étoilée, à bords brûlés. Des caillots sanguins s'y trouvent encore. Autour, sur 5 centimètres de diamètre, on

voit un tatouage, un dépôt irrégulier de fumée, un piquetage abondant et des paillettes de poudre non complètement brûlée. Au dos de la main, on constate une plaie large, plaie par éclatement étoilé à quatre branches irrégulières. Cette plaie s'accompagne d'une fracture esquilleuse du tiers moyen du 4^e métacarpien.

Rien à signaler au point de vue général ou psychique.

Examen des paillettes de poudre. — Trois paillettes de poudre prélevées sont examinées et mesurées. Leur aspect est absolument comparable à celui des paillettes de la poudre française ; toutes sont plus grandes que les paillettes de la poudre allemande.

Discussion. — Il résulte des faits exposés que la blessure a été faite par un coup de feu tiré à courte distance, à bout portant. A-t-elle été faite par une arme allemande ou une arme française ? Les paillettes de poudre prélevées ressemblent à des paillettes de poudre française, mais ces notions sont insuffisantes pour étayer une certitude ; d'ailleurs, dans la mêlée, l'inculpé a pu être blessé par un camarade français. On ne peut tirer aucune conclusion formelle. Cette constatation apporte seulement un doute.

Conclusions. — 1^o X... présente, au niveau de la main droite, une lésion faite par un projectile d'une arme à feu, lancé à courte distance.

2^o Les constatations médicales ne tendent pas à confirmer ou à infirmer les déclarations de l'inculpé.

3^o Une enquête sur les circonstances de l'accident est indispensable.

(L'enquête a établi, dans la suite, que X... avait quitté les rangs au moment où la compagnie passait en première ligne, et n'avait pas participé au coup de main.)

CHAPITRE V

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Par leur lecture, les quelques observations précédentes nous montrent quelle est la marche générale et la rédaction d'une expertise médico-légale aux armées. Nous ne reviendrons pas sur ce point. Elles nous découvrent les conditions souvent défavorables dans lesquelles l'expert se trouve placé, soit qu'il ait affaire à des mutilations machinées, soit parce que l'examen est fait tardivement et qu'il a manqué de description initiale, soit parce que les conclusions sont réclamées trop rapidement, ou bien encore par la difficulté qu'il y a à établir la concordance entre les allégations du mutilé et les constatations médicales. Et ici disons quelques mots de l'expérimentation comme moyen de contrôle des déclarations de l'inculpé. Tout expert consciencieux ne manquera pas, quand il le pourra, de chercher à reproduire expérimentalement les lésions constatées, de façon à se faire une opinion se rapprochant le plus possible de la vérité. Si l'expérience donne un résultat positif, l'expert pourra, dans son

rapport, être affirmatif, sinon il la considérera comme nulle ; jamais dans l'expérimentation il ne se départira de la plus grande prudence. Il se placera dans des conditions aussi voisines que possible de la réalité. Il faudra faire des tirs sur de la peau. Encore ne sera-t-il pas assuré que les résultats obtenus avec de la peau enlevée sur le cadavre soient exactement comparables à ceux obtenus lorsque la peau couchée sur des plans musculaires présente des conditions de résistance spéciales.

Les observations nous montrent encore quelles doivent être les qualités de l'expert.

L'expert doit avoir une compétence médico-légale réelle, indispensable pour assurer le bien-fondé des constatations objectives. Le médecin qui fera l'expertise pour coup de feu, par arme de guerre, devra connaître à fond la question des mutilations volontaires, connaissance qui repose sur un long passé de pratique. De plus, il ne devra pas ignorer la psychiatrie. A ces conditions seulement, on pourra attacher de la valeur à ses expertises.

A cette connaissance approfondie de la chose médico-légale, il devra ajouter l'indépendance d'esprit, du bon sens et de la circonspection. Ces deux dernières qualités pour lui faire renfermer l'expertise dans le cadre qu'elle ne doit pas dépasser. L'expert aura soin de s'en tenir toujours à son rôle d'expert technique, rôle qu'en toute confiance, il ne doit jamais quitter : il dira ce qu'il a constaté, mais jamais il ne cherchera à s'immiscer dans des questions d'ordre purement judiciaire. Militaire ou civil, l'expert est placé entre l'accusation

et la défense, il doit se confiner dans ce rôle. Il s'évitera ainsi des critiques qui pourraient être justifiées. Il se méfiera des idées toutes faites, souvent fausses, qui risquent de dévier son jugement en faisant naître la suspicion, suspicion qui repose sur une question de sentiment plutôt que de raison. Quant à l'indépendance d'esprit, elle est la qualité première de tout ceux qui, de près ou de loin, participent à l'administration de la justice.

Ces qualités, réclamées de l'expert, sont d'autant plus indispensables que l'affirmation médicale imprudente peut avoir ici comme conclusion une sanction pénale capitale. Or, si l'on veut admettre que les sanctions doivent être proportionnées à l'utilité des effets d'intimidation à obtenir, et qu'ils doivent être considérables en temps de guerre, il est non moins certain que cette règle de justice est inviolable : en aucun cas, un innocent ne doit être condamné.

Devant la conséquence aussi grave que peut avoir une simple affirmation, on comprend quelle compétence doit avoir celui qui la prononce. Etant donné le petit nombre de médecins légistes existant, et le peu de documents touchant cette question, on se demande anxieusement si certaines expertises pour mutilation présumée volontaire n'ont pas pu avoir des conséquences malheureuses ? La Cour de Cassation a cassé par deux fois déjà des jugements de Conseil de guerre, condamnation à mort pour mutilation volontaire. Le G. Q. G. a lancé une note déjà citée, où il est dit que le jugement pour mutilation volontaire ne peut pas être uniquement basé sur un rapport d'expertise.

Ce fut sagesse de sa part de le rappeler. Une autre note a prévu des contre-expertises faites par un médecin du grade supérieur à celui qui a fait l'expertise (note 6.275 du 27 novembre 1914). Ce sont là des mesures de prudence. Mais est-ce que recourir pour ces expertises à des médecins experts spécialistes n'est pas une nécessité qui s'impose ?

En effet, la médecine légale scientifique n'est pas également connue de tous ; le nombre de médecins ayant réellement une pratique médico-légale est infime. Au même titre que d'autres branches de la médecine, la médecine légale est une spécialisation et la pratique seule de cette spécialisation est susceptible de développer chez ceux qui s'y livrent les qualités professionnelles de prudence et de réserve. Quelques spécialisations existaient déjà dans le Service de Santé avant la guerre : bactériologie, chirurgie, médecine générale, ophtalmologie. Une création plus récente fut l'organisation de centres de psychiatrie dirigés par les médecins militaires spécialisés. Pourquoi ne pas réclamer l'organisation d'un service spécial de médecine légale militaire ? Son rôle ne serait-il pas essentiel ? Une loi est actuellement à l'étude pour la revision du Code de justice militaire et du fonctionnement des Conseils de guerre : elle ne prévoit pas l'intervention de l'expert¹ !

De même que dans la vie civile, le choix des médecins experts est entouré de toutes les garanties désirables, de même dans l'organisation militaire le

¹ Voir le renvoi de la page 38.

recrutement des médecins militaires experts doit être prévu ; une expertise n'a de valeur qu'autant qu'on la sait conduite par un expert compétent, et la vraie compétence n'existe seulement que dans la spécialisation.

CONCLUSIONS

I. — L'expertise médico-légale aux armées pour mutilations volontaires par coup de feu est une expertise difficile en elle-même, et par les conditions dans lesquelles elle a lieu.

Les conséquences d'une expertise mal conduite peuvent être des plus graves.

II. — La tâche de l'expert sera facilitée par la précocité de son examen.

III. — Toute expertise pour mutilation volontaire doit comporter, à côté d'un examen local, un examen général et un examen mental.

L'expérimentation pourra, dans nombre de cas, apporter des précisions utiles.

IV. — Le médecin chargé de l'expertise se limitera strictement à son rôle d'expert technique : il n'est ni l'expert de la défense, ni celui de l'accusation.

V. — Dans tous les cas, une expertise médico-légale est insuffisante par elle-même pour dicter une

condamnation, une enquête sur les circonstances du fait est indispensable.

VI. — Le médecin commis pour examen d'un suspect de mutilation volontaire doit non seulement posséder des connaissances techniques précises, un jugement sûr, une indépendance morale absolue, il doit, en outre, avoir l'habitude de l'expertise et du cadre dans lequel elle doit se développer.

Il y aurait intérêt à ce que les expertises pour mutilation volontaire fussent confiées à des médecins légistes spécialisés.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

J. LÉPINE.

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 mars 1918.

POUR LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL,

L. HUGOUNNENQ.

APPENDICE

Dans le courant du texte nous avons relaté l'histoire des pseudo-mutilations volontaires, où l'illustre chirurgien militaire Larrey, se révélant comme homme de bien, sauva de la mort de nombreux soldats innocents. Nous croyons faire plaisir à nos lecteurs, en rappelant cet épisode historique, tiré du *Mémorial de Sainte-Hélène* du comte de Las Cases.

Après les batailles de Lutzen, Wurchen et Bautzen, Napoléon, victorieux, fit appeler le chirurgien Larrey, pour connaître, suivant sa coutume, l'état et le nombre des blessés. Or, ils se trouvaient, en cet instant, en proportion extraordinairement supérieure à d'autres temps et à d'autres actions. L'Empereur en fut surpris et cherchait à en expliquer la cause. M. Larrey la trouvait, indépendamment des circonstances locales, dans la masse des soldats qui, voyant le feu pour la première fois, se trouvaient plus gauches dans leurs mouvements et moins adroits contre le péril. L'Empereur, fort préoccupé et peu satisfait de cette circonstance, questionna ailleurs ; et, comme il se trouvait, en ce moment, bien des personnes fort lassées de la guerre, qui eussent désiré la paix à tout prix et n'eussent été nullement fâchées d'y voir l'Empereur amené par force, soit calcul, soit conviction, il lui fut

répondu que l'immensité des blessés ne devait point étonner, que la grande partie l'était à la main et que la blessure était de leur propre fait, et pour n'avoir plus à se battre. Ce fut un coup de foudre pour l'Empereur ; il répéta ses informations et reçut le même résultat. Il en était au désespoir : « S'il en était ainsi, s'écriait-il, malgré nos succès, notre position serait sans remède ; elle livrerait la France pieds et poings liés aux barbares. » Et, cherchant dans son esprit comment arrêter une telle contagion, il fit mettre à l'écart tous les blessés d'une certaine nature, nomma une Commission de chirurgiens, présidée par Larrey, pour constater leurs blessures, résolu à sévir d'une façon exemplaire contre ceux qui auraient eu la lâcheté de se mutiler eux-mêmes. M. Larrey, toujours opposé à l'idée de la mutilation volontaire, qui, selon lui, compromettrait l'honneur de l'armée et celui de la nation, se présenta devant l'Empereur pour renouveler ses observations. Napoléon, irrité de son obstination, qu'on avait eu soin de faire ressortir encore, lui dit d'un front sévère : « Monsieur, vous me ferez vos observations officiellement. Allez remplir votre devoir. »

Le baron Larrey se mit aussitôt au travail, mais avec solennité, et, poursuivant les plus petits détails, il avançait lentement, tandis que divers motifs rendaient bien des gens impatients ; on savait que l'Empereur l'était beaucoup. On ne manqua pas même d'aller jusqu'à faire remarquer à M. Larrey que sa position était des plus délicates, périlleuse même ; il demeura sourd et imperturbable. Enfin, au bout de quelques jours, il se rendit auprès de l'Empereur, insistant pour remettre son travail en personne. « Eh bien ! monsieur, lui dit l'Empereur, persistez-vous toujours dans votre opinion ? — Je fais plus, Sire, je viens la prouver à Votre Majesté : cette brave jeunesse était indignement calomniée : je viens de passer beaucoup de temps à l'examen le plus rigoureux et je n'ai pas trouvé un coupable ; il n'y a pas un de ces blessés qui n'ait son procès-verbal individuel ; des ballots me suivent. Votre Majesté peut en ordonner l'examen. » Cependant, l'Empereur le considérait avec des regards sombres. « C'est bien, monsieur, lui dit-il en saisissant son rapport avec une espèce de contraction, je vais m'en occuper. »

Et il se mit à marcher à grands pas dans son appartement d'un air agité et combattu ; puis, revenant bientôt à M. Larrey, avec un visage tout à fait dégagé, il lui prend affectueusement la main et lui dit d'une voix émue ; « Adieu, monsieur Larrey, un souverain est bien heureux d'avoir affaire à un homme tel que vous ! On vous portera mes ordres. » Et M. Larrey reçut le soir même, de la part de Napoléon, son portrait enrichi de diamants, 6.000 francs en or et une pension sur l'Etat de 3.000 francs, sans exclusion, est-il dit au décret, de toute autre récompense méritée par ses grades, son ancienneté et ses services futurs.

Un pareil fait est précieux pour l'histoire, en ce qu'il fait connaître un homme de bien, qui n'hésite pas à défendre la vérité contre un monarque prévenu, irrité, et en ce qu'il fait ressortir toute la grande âme de celui-ci, dans le bonheur, la reconnaissance qu'il témoigne de se voir détrompé.

ANNÉE 1917

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Sous Secrétariat d'Etat du Service de Santé militaire
Cabinet et Direction
du Contentieux et de la Justice militaire.

CIRCULAIRES ET INSTRUCTIONS DIVERSES

N° 462-ci/7

Paris, le 15 mars 1917.

Expertises médico-légales devant les Conseils de Guerre

Le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire,
A 1° M. le Général commandant en chef ;
2° MM. les Généraux commandant les régions.

L'expertise médico-légale devant les Conseils de guerre comporte des opérations d'une difficulté toute spéciale et d'une importance d'autant plus grande que les sanctions appliquées sont à la fois rigoureuses et immédiates.

La nécessité de ne confier ces constatations qu'à des experts qualifiés, possédant à la fois une préparation spéciale et une pratique suffisante a été rendue plus évidente par l'expérience de la guerre. Les circulaires antérieures n° 2.251-2/10-M, du 20 novembre 1914, n° 10.444-2/10, du 8 août 1915, n° 11.640-2/10, du 27 août 1915, insistent déjà sur le choix des experts et sur l'importance de leur mission. Il semble nécessaire de préciser actuellement le mode de nomination des spécialistes qui, seuls désormais, devront procéder à l'examen des suspects de mutilations volontaires ou de maladies provoquées.

TITRE PREMIER

ZONE DES ARMÉES

Il existe aux armées des organes dits « centres médico-légaux », plus spécialement affectés jusqu'ici à l'étude des questions concernant la protection contre les gaz asphyxiants.

Aux chefs de ces centres, déjà choisis parmi les spécialistes de la médecine légale, civile et militaire, seront adjoints des médecins experts pourvus du diplôme de médecin légiste et agréés près les Tribunaux.

La médecine légale aux armées s'exercera dans les conditions suivantes :

1° Toutes les fois qu'il y aura suspicion de mutilation volontaire ou de maladie provoquée, un médecin régimentaire ou d'ambulance choisi sur place pourra être désigné pour le premier examen de l'inculpé. S'il déclare qu'il n'y a aucune raison scientifique de considérer la mutilation comme due à une arme à feu tirée à bout portant, ou que la lésion ne présente aucun caractère permettant de croire à une intention criminelle de la part de celui qui en est porteur, le général (en sa qualité de chef de justice militaire dans l'étendue de son commandement) pourra s'en tenir à cet avis négatif ou demander une contre-expertise dans les conditions qui vont être exposées ci-dessous.

2° Dans tous les cas où le premier expert aura trouvé des raisons de croire à une lésion volontaire ou provoquée, dans les cas où ces constatations n'auront pas concordé avec les explications fournies par l'inculpé et spécifiées dans la commission, dans les cas enfin où : soit le général (si aucune information n'est encore ouverte), soit le commissaire rapporteur (si ce magistrat militaire a été saisi par un ordre d'informer) n'aura pas cru devoir s'en rapporter à l'avis négatif du premier expert, l'expert spécialiste sera requis par voie téléphonique, se rendra aussitôt sur les lieux et procédera à l'examen pour lequel il est requis.

Si l'expertise nécessite des recherches de laboratoire : analyse de grains de poudre, d'acide picrique, de pétrole, de térébenthine, les prélèvements seront faits dans la forme ordi-

naire et transportés aussitôt au laboratoire du centre médico-légal. Le rapport de l'analyse sera transmis au Conseil de guerre dans le plus bref délai.

Enfin, si l'expert ne peut se prononcer immédiatement, parce qu'une surveillance de l'inculpé est nécessaire, comme il arrivera dans les cas d'ictère picrique ou de plaies entretenues par des caustiques, l'inculpé sera transféré dans une formation sanitaire voisine du centre médico-légal où il pourra être suivi par l'expert pendant le temps convenable.

Le médecin expert pratiquera les autopsies médico-légales.

Les rapports, établis à la suite des investigations cliniques, biologiques, anatomo-pathologiques, seront soumis au médecin-chef du centre médico-légal, qui les étudiera, donnera les indications nécessaires en vue de compléter l'enquête, s'il y a lieu, et les visera avant de les transmettre au Général commandant l'armée. Le médecin-chef pourra, d'ailleurs, dans les cas délicats, être appelé à conduire les expertises de concert avec le médecin-expert, et fera ainsi œuvre de consultant. En ce cas, les rapports seront signés à la fois par le médecin-expert et le médecin-chef.

Il reste entendu que les expertises concernant les troubles nerveux et mentaux et les questions de responsabilité pénale ressortiront, comme par le passé, des centres de neurologie dont les chefs ou adjoints en sont actuellement chargés.

Les experts, médecins légistes et neurologistes seront désignés par les soins du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire, d'accord avec le Général commandant en chef.

TITRE II

INTÉRIEUR

Dans la zone de l'intérieur, les conditions de célérité étant autres que dans la zone de l'avant, on procédera comme par le passé. Néanmoins, les listes d'experts, tenues au courant par les Directeurs du Service de Santé des régions, après approbation du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire, seront mises à la disposition des Conseils de guerre, qui ne pourront désigner d'experts, médecins légistes, neurologistes, psychiatres ou toxicologues, en dehors de ces listes.

Justin GODART.

BIBLIOGRAPHIE

LACASSAGNE, *Précis de Médecine légale.*

THOINOT, *Médecine légale*, t. I.

BALTHAZARD, *Précis de Médecine légale.*

E. MARTIN, *Précis de Déontologie médicale.*

TOURNADE, *Précis d'Hygiène en campagne.*

NOAILLES, *les Plaies par armes à feu* (thèse de Paris, 1911).

CHAVIGNY, *l'Expertise des plaies par armes à feu*, 1918.

Paris médical, 13 mars 1915, n° 44. — 17 juillet 1915, n° 10. —
9 octobre 1915, n° 22 (différents articles du médecin
principal Chavigny).

Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, juillet
1915 : Etude médico-légale sur les mutilations volon-
taires par coups de feu (par Chavigny).

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER	15
CHAPITRE II	20
CHAPITRE III.	35
CHAPITRE IV	42
CHAPITRE V	54
CONCLUSIONS	59
APPENDICE	61
BIBLIOGRAPHIE	67

